

## 下記の質問にお答えください

今後のサービスの提供（介護予防ケアマネジメント）を考えるうえで、現在のお体の状況をお尋ねします。

また、このアンケート結果を目的以外に使用することはありません。

宇 部 市

氏 名	
生年月日	年 月 日
記入日	
年 月 日	

No	質 問 事 項	回 答 いずれかに○をつけてください	
1	バスや電車で1人で外出していますか	○ はい	1 いいえ
2	日用品の買物をしていますか	○ はい	1 いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	○ はい	1 いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	○ はい	1 いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	○ はい	1 いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	○ はい	1 いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	○ はい	1 いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	○ はい	1 いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1 はい	○ いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1 はい	○ いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1 はい	○ いいえ
12	身長                      c m                      体重                      k g		
13	半年前に比べて固いものがたべにくくなりましたか	1 はい	○ いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい	○ いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1 はい	○ いいえ

裏面あり

No	質問事項	回答 いずれかに○をつけてください	
16	週に1回以上は外出していますか	0 はい	1 いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1 はい	0 いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1 はい	0 いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0 はい	1 いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1 はい	0 いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1 はい	0 いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1 はい	0 いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1 はい	0 いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1 はい	0 いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1 はい	0 いいえ

あなたの現在の健康状態はいかがですか。当てはまる番号1つに○をつけてください。

1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない

●面接担当者記入欄 ( ) 高齢者総合相談センター 担当者名( )

<基本チェックリスト採点>

BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)  
数値

BMI

※18.5未満が  
該当

1～20の項目で\_\_\_\_\_点、運動器\_\_\_\_\_点、栄養\_\_\_\_\_点、口腔\_\_\_\_\_点、  
閉じこもり\_\_\_\_\_点、認知機能\_\_\_\_\_点、うつ病の可能性\_\_\_\_\_点

<事業対象者に該当する基準>

- |                                |                          |            |
|--------------------------------|--------------------------|------------|
| ①No.1～20までの20項目のうち10項目以上該当     | <input type="checkbox"/> | (複数の項目に支障) |
| ②No.6～10までの5項目のうち、3項目以上該当      | <input type="checkbox"/> | (運動機能の低下)  |
| ③No.11～12の2項目すべてに該当            | <input type="checkbox"/> | (低栄養状態)    |
| ④No.13～15までの3項目のうち2項目以上該当      | <input type="checkbox"/> | (口腔機能の低下)  |
| ⑤No.16に該当                      | <input type="checkbox"/> | (閉じこもり)    |
| ⑥No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当 | <input type="checkbox"/> | (認知機能の低下)  |
| ⑦No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当     | <input type="checkbox"/> | (うつ病の可能性)  |